

1264  
Hermenegildo Bertolucci

1906  
N.º 4

# Inserção Viciosa

DA

## PLACENTA

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA À

Escola Medico-Cirurgica do Porto



Porto - Imp. C. Vasconcellos - R. Picaria, 35

1906

12917 EMC

# ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO-INTERINO

José Alfredo Mendes de Magalhães

## CORPO DOCENTE

### Lentes Cathedratcos

- |   |                                   |   |
|---|-----------------------------------|---|
| 1. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia descriptiva geral . . . . .                                | Luiz de Freitas Viegas.           | 1 |
| 2. <sup>a</sup> Cadeira — Physiologia . . . . .   | Antonio Placido da Costa.         |   |
| 3. <sup>a</sup> Cadeira — Historia natural dos medicamentos e materia medica. . . . .         | Illydio Ayres Pereira do Valle.   |   |
| 4. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia externa e therapeutica externa . . . . .                 | Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |   |
| 5. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina operatoria . . . . .                                       | Clemente J. dos Santos Pinto.     |   |
| 6. <sup>a</sup> Cadeira — Partos, doenças das mulheres de parto e dos recém-nascidos. . . . . | Candido Augusto Corrêa de Pinho.  | 2 |
| 7. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia interna e therapeutica interna . . . . .                 | José Dias d'Almeida Junior.       | 3 |
| 8. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica medica . . . . .  | Antonio d'Azevedo Maia.           | 4 |
| 9. <sup>a</sup> Cadeira — Clinica cirurgica . . . . .   | Roberto B. do Rosario Frias.      | 5 |
| 10. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia pathologica . . . . .                                     | Augusto H. d'Almeida Brandão.     |   |
| 11. <sup>a</sup> Cadeira — Medicina legal . . . . .   | Maximiano A. d'Oliveira Lemos.    | 6 |
| 12. <sup>a</sup> Cadeira — Pathologia geral, semiologia e historia medica . . . . .           | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar.   | 7 |
| 13. <sup>a</sup> Cadeira — Hygiene . . . . .  | João Lopes da S. Martins Junior.  | 8 |
| 14. <sup>a</sup> Cadeira — Histologia normal . . . . .  | José Alfredo Mendes de Magalhães. |   |
| 15. <sup>a</sup> Cadeira — Anatomia topographica . . . . .                                    | Carlos Alberto de Lima.           | 9 |

### Lentes Jubilados

- |                            |                                   |  |
|----------------------------|-----------------------------------|--|
| Secção medica . . . . .    | José d'Andrade Gramaxo.           |  |
| Secção cirurgica . . . . . | { Pedro Augusto Dias.             |  |
|                            | { Dr. Agostinho Antonio do Souto. |  |

### Lentes substitutos

- |                            |                                    |    |
|----------------------------|------------------------------------|----|
| Secção medica . . . . .    | { Thiago Augusto d'Almeida.        | 10 |
|                            | { Joaquim Alberto Pires de Lima.   | 11 |
| Secção cirurgica . . . . . | { Vaga.                            |    |
|                            | { Antonio Joaquim de Souza Junior. | 12 |

### Lente demonstrador

- |                            |       |  |
|----------------------------|-------|--|
| Secção cirurgica . . . . . | Vaga. |  |
|----------------------------|-------|--|

A Escóla não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciatas nas proposições.

(*Regulamento da Escóla*, de 23 de abril de 1840, art. 155.º)



---

À SANTA MEMORIA

DE

*Meu querido Pae*

---

A minha Mulher  
e meus Filhos

---

A TODOS OS MEUS

---

A MEU COMPADRE

P.<sup>o</sup> Joaquim dos Santos Ferreira Neves

---

A MEU CUNHADO

*Joaquim José Martins*

AO ILL.<sup>mo</sup> e EX.<sup>mo</sup> Snr.

*Capitão Manoel Silvestre Vilhena*

*a sua esposa*

*e a sua filha*

---

ÁS EX.<sup>mas</sup> SNR.<sup>as</sup>

D. Maria José Ribeiro

D. Emilia Ribeiro da Silva Vidal

---

A MANOEL TORRADO VIDAL



AOS ILL.<sup>mos</sup> SNRS.

*Dr. Alberto Baer Conrado*

Ex-consul Geral do Brazil no Porto

*Antonio Tavares Bastos*

Vice-consul do Brazil no Porto

*Dr. Manoel José d'Oliveira*

*Dr. Joaquim José d'Oliveira*

*Dr. Antonio Teixeira Ribas Junior*

*Dr. Carlos Alberto da Rocha*

*Antonio Carlos da Silva*

AO CURSO MEDICO DE 1903-04

A TODOS OS MEUS CONDISCIPULOS

A todos quantos n'esta «via dolorosa» me  
obsequiaram com tantas  
e immerecidas provas de generosidade

A TODOS

mil agradecimentos.



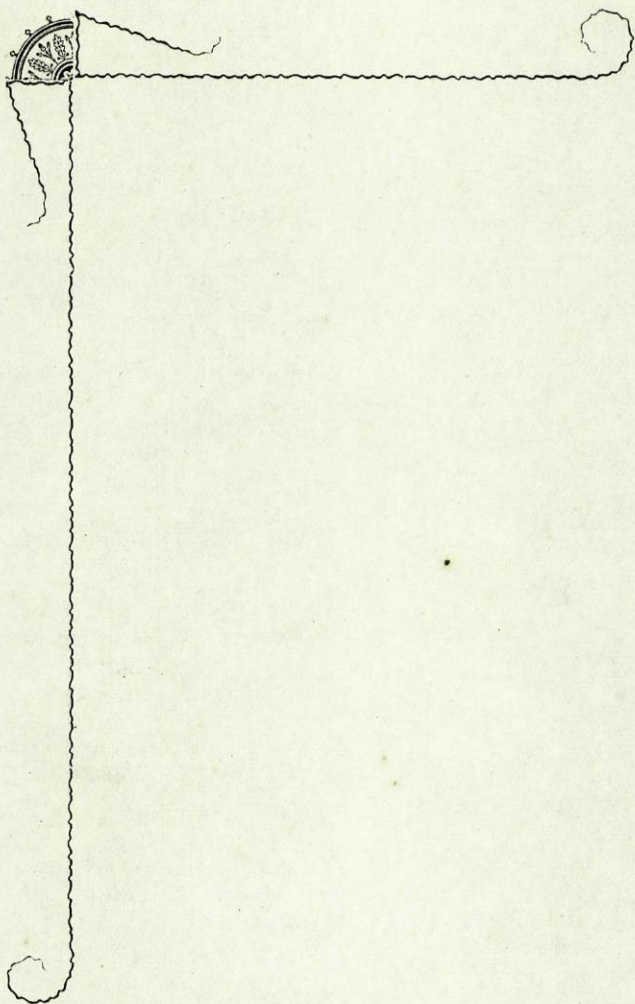
Ao meu dignissimo presidente de these

O Ill.<sup>mo</sup> e Ex.<sup>mo</sup> Snr.

*Dr. Carlos Alberto de Lima*

Illustre orthopedista

*O Bertolucci agradecido.*



Um caso de inserção viciosa, observado no Hospital de Santo Antonio durante o anno lectivo, é o assumpto do nosso trabalho.

Dividi-lo-hemos em cinco capitulos:

I — Definição d'inserção viciosa da placenta.

II — Causas d'esta inserção viciosa.

III — Symptomatologia, influencia da inserção viciosa sobre a marcha da gravidez, do parto, da dequitação, dos phenomenos que se lhes seguem e pathogenia da hemorrhagia.

IV — Diagnostico.

V — Differentes processos de tratamento.



# I

Segundo Barnes, póde-se dividir o utero em tres zonas por dois planos perpendiculares ao eixo, cortando-o segundo dois circulos, chamados *circulos polares*, um superior e outro inferior. Ficamos assim com tres zonas: uma superior, correspondendo ao fundo do utero; uma zona média, correspondendo ao meio; e uma zona inferior (zona perigosa de Barnes), correspondendo á porção situada abaixo do circulo polar inferior.

Convem marcar o limite superior d'esta zona inferior, que os auctores costumam indicar com as particularidades seguintes: 1.º na superficie externa do utero o peritoneu cessa de adherir á fibra uterina; 2.º as fibras musculares são menos adherentes umas ás outras; 3.º existe uma *veia circular* cujo calibre se mantém, depois de cortada; 4.º o musculo uteri-

no apresenta, a partir d'este pònto, uma espessura menor do que sobre o resto do utero.

Quando a placenta se insere na zona assim limitada, chama-se *inserção viciosa da placenta*, placenta *praevia*.

Segundo os auctores, esta inserção póde ainda tomar diversos nomes, conforme a localização da placenta. Assim, chamar-se-ha *central* ou *completa*, quando o centro da placenta corresponda ao centro do orificio interno do collo; *parcial*, quando um ponto qualquer, intermediario entre o centro e o bordo, corresponda a este orificio; *marginal*, quando está adherente á circumferencia do orificio; e *lateral*, quando este bordo está distante, sem todavia se afastar mais de 8 centimetros.

Devemos ser reservados emquanto que a dilatação não seja completa, porque comprehende-se que uma inserção marginal durante a gravidez póde tornar-se parcial durante o trabalho, e mesmo as variedades de inserção viciosa não são exactamente diagnosticadas senão no proprio momento do parto.

\*

\*

\*

Parece paradoxal a existencia d'uma placenta *praevia* completa ou central, pois custa a comprehender como o ovulo fecundado possa desenvolver-se sobre um orificio; porém o facto dá-se, e o que temos a fazer é explica-lo.



Admitte-se para isso, que desde o principio a mucosa uterina se tumefaz, e no momento em que o ovulo se apresenta, está prestes a recebê-lo.

Estas modificações operam-se em todos os pontos em que a mucosa tem os caracteres da do corpo uterino: a região superior do collo, chamada *isthmo do collo*, é coberta d'uma mucosa identica, e portanto o orificio uterino é obturado pelas saliencias da sua mucosa hypertrophiada.

Com effeito, isso foi verificado por Sãnger, que estudou directamente o utero gravido d'uma mulher de 25 annos, autopsiada cinco minutos depois de morta. Viu na cavidade uterina, que o segmento inferior era tapetado por membranas que, estendidas sobre o orificio interno do collo, não offerciam ao seu nivel apparencia alguma de depressão em funil. Mais ainda: nada indicava a posição precisa do orificio interno; este estava tão exactamente fechado, que formava como que uma superficie plana, na qual estavam as membranas.

É certo que a caduca póde obterar o orificio interno do collo, constituindo-lhe uma barreira, ainda que friavel e pouco consistente, o bastante para fazer desaparecer a abertura do orificio.



## II

As noções pathogenicas sobre localizações anormaes da placenta são pouco numerosas, ou melhor pouco precisas. Sobre este ponto apresentam-se hypotheses diversas.

Assim Osiander, escrevendo sobre este assumpto, em 1832, attribuiu a anomalia ao alargamento do utero, consequencia da multiparidade, e admittia que o ovo era arrastado pelo seu proprio peso sobre o collo, quando a mulher ficava de pé um certo tempo depois do coito, em opposição a todos os dados da physiologia, que nos ensina que este não chega ao utero senão varios dias depois da fecundação tubar.

Velpeau, refutando a hypothese de Osiander, era de opinião que o ovulo, penetrando no utero, descollava a caduca e dirigia-se para os pontos cuja resistencia fosse menor, e julgava-se que uma vez

portadora d'esta anomalia, a mulher era predisposta a outras, subseqüentes.

Com effeito, Ingleby e Menard citam casos de recidiva, e por isso Lignerolles apresentou a opinião de obstar a nova gravidez, ás que escapassem uma vez a este accidente.

Da mesma opinião eram Moreau e Kilian; e, segundo Depaul, seria devida á ausencia de congestão uterina no momento da chegada do ovo ao utero. Outros citam a abertura das trompas ao nivel do segmento inferior e a gravidez gemellar; outros ainda accusam as deformações do utero como causa d'inserção viciosa, e de facto esta coincidência tem-se verificado mais do que uma vez; considerando-a uns, devida ás flexões e desvios úterinos, outros a um septo incompleto do utero, e ainda outros a fibromas.

Seja como fôr, esta anomalia é notada mais vezes nas mulheres cujo utero é doente, sendo por isso as portadoras de metrites as que pagam mais pesado tributo. As que apresentam mais vezes a mucosa doente são as multiparas, já por abortos ou partos repetidos em curtos intervallos, já pelo augmento da cavidade uterina, que permite o deslramento do ovo.

Normalmente o ovo vem inserir-se ao nivel da parte da mucosa situada abaixo do nivel dos dois orificios tubares, quer na parede anterior, quer na posterior.

Quando existem modificações mais ou menos



profundas da mucosa uterina e das suas secreções normaes, o ovo tem tendencia a deslizar para o orificio. A formação d'uma placenta *praevia* dependerá sobretudo da fixação do ovo no segmento inferior do utero.

Pinard lembrou-se tambem que seria devido á trepidação das viagens em comboio ou carruagem, feitas no comêço da gravidez; todavia, emette esta hypothese com uma certa reserva.

No meio de tantas hypotheses, o que ha de definitivo e assente é a incerteza.



### III

A presença da placenta sobre o segmento inferior só excepcionalmente se manifesta por signaes exteriores, observando-se muitas vezes um certo numero de complicações, como: hemorragias, ruptura prematura das membranas, parto prematuro e apresentações viciosas devidas á falta d'accommodação pelvica.

**Hemorragia.** — A hemorragia é o symptoma dominante e que nos põe de sobreaviso. Esta hemorragia é caracterisada pela *espontaneidade*, pois que apparece, não na occasião d'um trabalho fatigante, mas sim quando a mulher está tranquillamente sentada, entretida com uma occupação pouco penosa, como a costura, ou mesmo quando está deitada e profundamente adormecida, sem dôr que a desperte.

A mulher sente-se molhada: julga sómente ter perdido agua; porém verifica, com admiração, que é sangue.

A hemorragia é portanto *silenciosa*, e tambem bastante *consideravel* desde o comêço. Dura algumas horas ou alguns dias, ou mesmo varios dias, sob a fôrma d'uma transsudação que não impede a mulher de se entregar ás suas occupações. De ordinario detem-se espontaneamente. Póde apresentar todos os graus, desde uma leve pêrda de sangue, da qual a mulher não faz caso, até uma hemorragia abundante, que provoca o coma ou uma syncope mortal.

É muito raro que esta primeira hemorragia seja mortal, visto ser ainda este um dos seus caracteres. É principalmente uma hemorragia de *repetição*.

Depaul descreve-a do seguinte modo:

«No fim d'alguns dias, quinze ou mais, uma segunda hemorragia sobrevem nas mesmas condições, mais abundante, de uma duração mais longa, com expulsão de coagulos. Esta detem-se ainda espontaneamente, e a mulher volta ás suas occupações. Em seguida, depois d'um intervallo mais curto do que o primeiro, uma terceira hemorragia se apresenta mais abundante ainda; então a mulher inquieta-se, recorre a diversos medicamentos, em virtude dos quaes a pêrda detem-se de novo e o trabalho declara-se. Ou ainda, ha quatro ou cinco pêrdas successivas, cada vez mais proximas, antes do trabalho. Habitualmente é á segunda ou á terceira hemorragia que as dôres



apparecem e, sob a influencia das contracções uterinas, esta cessa ou a maior parte das vezes augmenta de intensidade. É preciso então um tratamento conveniente, que favoreça o parto espontaneo ou permita esperar a intervenção do parteiro até ao momento em que a dilatação seja sufficiente.»

Estas hemorragias sobrevéem ordinariamente nos tres ultimos mezes da gravidez, algumas vezes antes, mais raras vezes no momento do trabalho e excepcionalmente durante a dequitação.

No caso em que a inserção é central, a maior parte das vezes segundo Demelin, a primeira pèrda apparece no fim da gravidez, durante ou no fim do nono mez.

***Ruptura prematura das membranas.*** — Diz-se que ha ruptura prematura das membranas, quando esta se effectua antes do comêço do periodo de dilatação. Esta é symptomatica, em dois terços dos casos, da inserção viciosa da placenta.

Pinard, em 1:394 partos notou 147 vezes a ruptura prematura das membranas antes do apparecimento do trabalho, nos quaes 105 vezes, a distancia separando o orificio de sahida do feto do bordo da placenta, media menos de 10 centimetros.

O parto prematuro é muitas vezes devido á inserção viciosa da placenta, quer haja hemorragia, quer ruptura prematura ou mesmo quando se não observa nenhum d'estes factos.

Geralmente quando as membranas se rompem,



não sobrevivem hemorragia até ao comêço do trabalho; ás vezes o orificio de ruptura não é sufficiente e as membranas, apesar d'esta pequena solução de continuidade, continuam a repuxar a placenta e então a mulher perde liquido amniotico mais ou menos corado de sangue.

**Parto prematuro.** — Já vimos que na inserção viciosa pôde haver ruptura prematura das membranas; portanto, será forçoso admittir como symptoma d'esta inserção viciosa, o parto prematuro e algumas vezes o aborto.

Sabemos que a causa que produz o parto prematuro pôde ser a mesma que produz o aborto, visto que entre um e outro não ha differença alguma a não ser a idade da gravidez; porém, por outro mechanismo se pôde produzir este accidente e assim R. Lepage attribue tambem á difficuldade com que lucha o segmento inferior na sua ampliação, devido á presença da placenta.

Cita tambem a seguinte estatistica: em 167 casos de partos prematuros devidos á inserção viciosa da placenta, havia 72 vezes ruptura prematura.

Convem notar que o aborto tendo por causa a inserção viciosa se tem observado poucas vezes, não porque seja raro, mas porque n'uma epocha pouco avançada da gravidez nem sempre é facil verificar a inserção anormal.

**Apresentações viciosas.** — Considerando o segmento

inferior do utero occupado pela placenta, o feto accommoda-se mal n'esta cavidade deformada e por consequencia a apresentação não tendo tendencia a encravar-se, é facil imaginar que n'este caso as apresentações viciosas sejam mais frequentes do que na gravidez normal.

Segundo alguns auctores, a frequencia média das apresentações cephalica, pelvica e de espadua são respectivamente  $\frac{95}{100}$ ,  $\frac{1}{60}$  e  $\frac{1}{200}$ , sendo na inserção viciosa  $\frac{68}{100}$  para a do vertice,  $\frac{1}{8}$  para a pelvica e  $\frac{1}{5}$  para a do tronco. D'onde se conclue que não se encontrando outra causa (bacia viciada, hydramnios, etc.) que possa explicar esta apresentação anormal, podemos pensar n'uma inserção viciosa e com mais justa razão se houver alguns dos symptomas precedentemente enumerados.

\*

\*

\*

A inserção viciosa da placenta póde não se declarar por qualquer complicação durante a gravidez e o trabalho, visto que a hemorrhagia póde apparecer algumas vezes durante a dequitação. Mas, ordinariamente a gravidez, o parto, a dequitação e algumas vezes os phenomenos que se lhes seguem, são mais ou menos modificados na sua physionomia habitual.

Observamos com frequencia a ruptura espontanea-



nea e prematura das membranas, as pêrdas de sangue, que quasi nunca faltam; estas duas causas actuando isoladamente como é a regra, ou combinando os seus effeitos, vêem interromper o curso da gestação, provocando o parto prematuro ou o aborto. Esta interrupção e o apparecimento das hemorragias tem logar de ordinario a partir do setimo mez, e sobretudo durante o oitavo e nono.

O trabalho apresenta muitas vezes uma duração anormal, porque, em consequencia da falta de encravamento da parte fetal ou por causa d'uma apresentação viciosa, principalmente se a bolsa das aguas se rompe, a dilatação faz-se lentamente.

Se ha pêrdas sanguineas, estas augmentam de intensidade ou apparecem pela primeira vez sob a influencia das contracções energicas e repetidas do musculo uterino; tornam-se ainda mais abundantes se, conservando-se intactas as membranas, a parte fetal encravada, apoiando-se sobre ellas, estende-as sem as romper augmentando o seu descollamento.

Se as membranas se rompem espontanea ou artificialmente, a hemorragia detem-se muitas vezes e as contracções uterinas augmentando, executam o encravamento da apresentação; a parte fetal por seu turno suspende o escoamento de sangue fazendo tampão ou augmenta-o favorecendo pela sua passagem o descollamento directo da placenta em logar de deslizar sobre a sua superficie.

A duração do periodo d'expulsão não parece modificada a não ser que, por causa da anemia de-



vida ás pêrdas de sangue, as contracções uterinas e os esforços sejam impotentes.

Debaixo do ponto de vista do mechanismo, o parto póde ser absolutamente normal. O modo de terminação, umas vezes espontaneo, outras sómente em parte (deixando á natureza, depois d'uma intervenção, o cuidado de terminar a expulsão), é artificial para suspender a hemorrhagia que põe em perigo os dias da mulher e da creança e tambem pela frequencia das apresentações viciosas que nos podem apparecer.

A dequitação, como no parto normal póde ser natural ou artificial e a expulsão espontanea da placenta póde excepcionalmente preceder a do feto ou acompanha-la. A placenta apresenta-se mais vezes pela sua face uterina, ou por um bordo, do que pela sua face fetal, em consequencia da sua propria inserção. A inserção total ou parcial, limitada ao segmento inferior do utero, com as suas consequencias — adherencia parcial da placenta, hemorrhagias — recommendam muitas vezes a extracção manual d'esta depois do parto. As pêrdas sanguineas que persistem algumas vezes depois do parto, são devidas á falta de retracção do segmento inferior ou ás dilacerações do collo, abrindo vasos que não teem tendencia espontanea á obliteração.

Se a mulher escapou aos perigos das hemorrhagias, que, levando-a a uma profunda anemia, podiam mata-la por syncope alguns dias depois do parto,

posto que em meio favoravel, está exposta ás infecções puerperaes, ás quaes offerece um terreno proprio.

\*

\*

\*

Sendo a hemorrhagia, como fica dito, o grande perigo da inserção viciosa, a que ameaça muitas vezes a existencia da mãe e compromette quasi sempre a da creança, julgamos conveniente fallar das diversas theorias com as quaes se tem procurado explicar o mechanismo da sua producção.

Os auctores são unanimes em reconhecer que o descollamento da placenta precede a pèrda de sangue e lhe dá origem, mas as opiniões differem quanto a saber como e por que se produz este descollamento. Os primeiros parteiros que conheceram as localizações placentarias e as pèrdas graves que as acompanham, não pensaram em reconhecer a sua causa e acceitavam o facto com resignação, julgando explicar tudo por um capricho da natureza. A sua ignorancia sobre este assumpto explica-se pelo abandono em que os antigos deixaram a obstetricia.

Jaquemier refere:—durante os primeiros mezes da gravidez o utero desenvolve-se sobretudo á custa da sua parte superior e do seu fundo, de que provém o aspecto periforme que apresenta n'este periodo; emquanto que nos tres ultimos mezes é principalmente o segmento inferior que augmenta, dando ao órgão



a forma ovoide. Resulta d'ahi que, se a placenta se localisa nos dois terços superiores, desenvolve-se parallelamente ao utero, e se se insere no segmento inferior, sendo completamente desenvolvida quando este por seu turno augmenta, não poderá segui-lo no seu movimento de expansão.

Haverá pois, separação, descollamento e portanto hemorragia; e logo que a esta ampliação organica se vem ajuntar á distensão mechanica, o esforço augmenta d'uma maneira notavel e produz muitas vezes o descollamento d'uma porção de placenta. D'ahi a frequencia crescente das hemorragias durante o setimo, oitavo e nono mezes.

Segundo Barnes: — precisamente ao contrario do que pensava Jaquemier, o desenvolvimento do segmento inferior é secundario e resultante da excitação que lhe imprime o ovo.

Não era para este auctor o segmento inferior que se desenvolveria mais rapidamente em relação á placenta, mas esta que, augmentando muito de volume, se destacaria dos seus pontos d'inserção. Para explicar o mechanismo pelo qual se produz a hemorragia durante a gravidez, partindo do facto que esta seria mais frequente que nos periodos correspondentes ás epochas menstruaes, attribue um papel importante, ao que chama *hyperemia periodica* da placenta, que contribue para produzir as pêrdas de sangue. E diz: — no momento das regras, o sangue afflue para o utero e a placenta augmenta de volume e torna-se muito larga em relação á superficie a que está fixa;



descolla-se sobre os bordos do orificio e o sangue escôa-se; além d'isso, a zona cervical, sob a influencia das contracções despertadas pela presença de coagulos entre a placenta e a parede uterina, póde secundariamente destacar a maior parte.

Resumindo: o descollamento da placenta que produz a hemorrhagia tem por causa, durante a gravidez, a ampliação rapida da placenta, a sua hyperemia periodica e consecutivamente, a dilatação do collo durante o trabalho. Esta theoria vae de encontro aos factos observados, que demonstram que é o segmento inferior que augmenta e que as hemorrhagias apparecem n'um periodo de gravidez e não nas epochas das menstruações.

Schroeder attribue a hemorrhagia ao deslissamento da parede uterina sobre o ovo, e Pinard, baseando-se sobre uma opinião analogá e sobre a observação de rupturas espontaneas das membranas seguidas da suspensão da hemorrhagia, diz: — existe uma falta de parallelismo entre o desenvolvimento da parede uterina e a extensibilidade das membranas no momento do crescimento do ovo. Quando a inserção se faz n'um dos dois segmentos superiores, a porção das membranas que corresponde ao orificio uterino é muito afastada da placenta para que os repuxamentos exercidos ao seu nivel produzam o seu descollamento; mas, se a inserção se faz na zona inferior, a porção das membranas que se estende do orificio interno ao bordo da placenta, tendo apenas alguns centimetros, não gosa senão d'uma extensibili-

dade muito limitada. E pôde acontecer que a pressão intra-amniotica triumphe da resistencia das membranas e estas rompem-se espontaneamente, ou o chorion sendo muito resistente não se rasga e, como é fortemente adherente á placenta, arrasta-a e por conseguinte descolla-a.

Durante o trabalho o mechanismo é o mesmo para a inserção viciosa parcial e a hemorragia é, pois, n'este caso evitavel. Se a inserção é completa, ella é inevitavel, porque não são os repuxamentos das membranas que produzem o descollamento, mas o proprio feto actuando directamente sobre a placenta que repelle diante de si.



#### IV

Levret e M.<sup>me</sup> Lachapelle demonstraram que «a maior parte das pêrdas de sangue que sobrevêem em certas mulheres nos ultimos tempos da sua gravidez, são devidas á inserção viciosa da placenta. A proporção das hemorragias devidas a esta anomalia, nos ultimos mezes da gravidez, comparada com a que pertence ás outras causas que podem produzir o mesmo accidente, é tal, que se pôde quasi affirmar a presença da placenta na visinhança do collo.»

«É bom — accrescenta ainda Depaul — estabelecer um diagnostico differencial.»

Durante a gravidez, posto que as hemorragias tenham origem no descollamento placentario, na ruptura d'um vaso ou d'um seio marginal utero-placentario, ou ainda sejam devidas á abertura da veia circular ou ao descollamento da placenta normal-



mente inserida, a epocha da gestação em que se apresenta pela primeira vez a pêrda sanguinea, a sua marcha e os seus caracteres auctorisam a considerar este accidente devido á presença da placenta no segmento inferior.

Quanto aos estados pathologicos podendo ter com esta hemorrhagia algum ponto de semelhança, parece difficil que possam ser confundidos com ella.

O exame dos labios e da parede vaginal permitirá reconhecer se ha ruptura das veias varicosas. O estado geral da mulher, os commemorativos e principalmente os signaes fornecidos pelo toque, revelarão o cancro uterino. Em presença d'uma mola hydatiforme, bastaria, para evitar o erro, observar o character sero-sanguinolento do liquido, a expulsão de vesiculas caracteristicas, e emfim a ausencia do feto.

Não se confundirá com certos polypos em via de esphacelo e que fazem saliencia atravez do orificio uterino; e não se tomará por hemorrhagias devidas á inserção viciosa, a persistencia excepcional das regras durante a gravidez. Mas parece-nos difficil, na maior parte dos casos, distinguir a hemorrhagia por inserção anormal, da que precede ou acompanha o aborto devido a uma outra causa.

Se a hemorrhagia apparece pela primeira vez na occasião do trabalho, certificar-nos-hemos que não é devida a uma dilaceração do collo uterino. Durante a dequitação é preciso pensar ainda nas dilacerações do collo e da forquilha, na d'um feixe va-

ricos saliente sob a mucosa vaginal ou ao nível dos pequenos lábios, e emfim distinguir a pêrda sangüinea devida á inercia uterina total, no caso de inserção anormal, da que tem por causa a atonia do segmento inferior, sobre o qual a placenta estava inserida. No primeiro caso, o escoamento pára se se faz contrahir o utero pelas massagens ou irrigações quentes, enquanto que no segundo continúa, apesar da contracção do corpo uterino, tornado globo de segurança.

Emfim, em todos os casos em que nos encontramos em presença d'uma apresentação viciosa, d'uma ruptura prematura espontanea das membranas, d'um parto prematuro, estes accidentes deverão despertar a attenção do parteiro para procurar os outros signaes da inserção anormal.

Os caracteres clinicos das hemorragias symptomaticas da placenta *praevia* nem sempre são sufficientes para attribui-los á sua verdadeira causa; e nós sabemos, além d'isso, que a hemorragia pôde faltar algumas vezes durante a gravidez.

Um unico signal é capaz de fornecer caracteres de certeza, permittindo affirmar a presença da placenta sobre o collo ou na sua visinhança — o *toque*, cuja importancia não escapou aos antigos parteiros, pois que Peu dizia: «É o signal mais proprio, menos equivoco e mais certo.»

Os esclarecimentos, que nos dá este processo de exame, são variaveis segundo o estado do collo do utero. Durante a gravidez, quando o orificio d'este



ultimo está ainda fechado e não permite a introdução do dedo, encontra-se o collo desviado para um dos fundos de sacco, enquanto que do lado opposto o segmento inferior é tenso.

Difficilmente se percebe a apresentação, e é muitas vezes impossivel reconhecê-la, mesmo combinando a palpação com o toque. A sensação de baloço vaginal falta, por causa da interposição da placenta entre a parte fetal e o dedo.

O diagnostico da variedade, muito precoce para ser definitivo, é algumas vezes possivel, sobretudo para a variedade central. Se o collo está dilatado por fórma a permittir a introdução do dedo, sentir-se-ha uma massa esponjosa, molle e mamillonada, e se a inserção não é senão parcial encontrar-se-ha n'uma extensão variavel a placenta e no resto da área da dilatação, as membranas espessas e rugosas.

Deve praticar-se o toque com todos os cuidados antisepticos e com prudencia; é preciso ir lentamente, com precaução, não procurar forçar o collo se não é francamente permeavel; e se o canal cervical deixa penetrar o dedo, não destacar os coagulos que possa contêr ou os cotyledones situados na visinhança do collo, porque tem-se visto assim provocar hemorragias muito graves e mesmo mortaes.

O toque durante o trabalho, fornece as mesmas sensações mas d'uma maneira mais nítida. Não tendo apparecido algum accidente durante a gravidez e nem mesmo supposta a inserção viciosa, póde n'este momento ou durante a dequitação apparecer uma



hemorrhagia mais ou menos abundante. Esta, devido ao descollamento placentario ou melhor, a uma falta de retracção do segmento inferior depois da dequitação, não cede muitas vezes, nem á evacuação dos coagulos contidos na cavidade uterina, nem ás irrigações muito quentes.

O diagnostico é em geral muito facil de estabelecer; a marcha e os caracteres da hemorrhagia, o estado do segmento inferior, a fórma rugosa das membranas e a sensação dos bordos da placenta, permitem quasi sempre evitar erros.

## V

Na inserção viciosa da placenta o maior perigo, pelas suas consequências, é a hemorrhagia; e é contra ella que devem ser dirigidos todos os esforços da therapeutica.

Afim de combatê-la tem-se empregado diversos meios, e entre elles descreveremos rapidamente: o *tampão vaginal*, o *methodo de Baxton-Hicks*, o *methodo de Barnes* e o *de Pinard*.

***Tampão vaginal.*** — Este processo, proposto pela primeira vez por Leroux e empregado mais tarde por M.<sup>me</sup> Lachapelle, Depaul, Tarnier, etc., consiste em encher com tampões d'algodão a cavidade vaginal de modo que fiquem apertados uns contra os outros tanto quanto possível.

Este tampão, praticado no curso do trabalho ac-



celera algumas vezes as contracções uterinas e suspende, pelo menos na apparencia, a hemorrhagia.

Com relação ao tempo que deve permanecer na vagina, divergem os auctores. Assim, Pajot e Bailly deixava-o n'este logar até que fosse expulso ao mesmo tempo que o feto; Depaul aconselhava retirar-lo quando se manifestassem dôres expulsivas, de maneira a terminar o parto o mais depressa possível pelo forceps ou pela versão; e Tarnier ensina que é preciso retirar-lo ao fim de doze horas ou mesmo antes, porque além d'este tempo a mulher está exposta, pelo facto da compressão, a escaras e a accidentes infecciosos consecutivos.

Esta é a opinião mais accetavel e a mais seguida.

Actualmente tem-se empregado o tampão nas hemorrhagias dos primeiros mezes da gravidez e quando, no começo do trabalho, se está na impossibilidade de recorrer a outro processo.

**Methodo de Baxton-Hiks.** — Baxton-Hiks aconselha: «Quando no curso do trabalho ha hemorrhagia e a dilatação não é completa, introduzir um ou dois dedos no collo do utero, romper as membranas, procurar um pé e abaixa-lo de modo que o membro inferior faça tampão no segmento inferior do utero.»

Não se serve do pé como agente de tracção, e espera que a dilatação seja completa para intervir.

**Methodo de Barnes.** — Barnes, com o fim de pro-

vocar as contracções, rompe as membranas e, se a hemorragia não pára, introduz um balão em fôrma de rabeca, que distende e substitue por outros cada vez maiores, á medida que a dilatação se vae fazendo. Depois, se a cabeça é movel, termina o parto pela versão.

**Methodo de Pinard.** — Pinard diz-nos que as hemorragias dos primeiros mezes da gravidez param as mais das vezes com o repouso e as irrigações vaginaes quentes; comtudo, é preciso todo o cuidado até ao fim da gestação. Algumas vezes são tão abundantes ou tão contínuas, que o aborto é inevitavel.

Nos ultimos mezes, ou mesmo nos ultimos dias, o mesmo tratamento é de ordinario sufficiente; mas nem sempre assim acontece, e então as hemorragias podem tornar-se graves, quer pela sua repetição, quer pela sua continuidade.

Se em consequencia d'estas hemorragias a mulher empallidece e apresenta todos os symptomas d'uma anemia profunda, é indicado e urgente romper o mais cêdo possivel e rasgar largamente as membranas, depois do *descollamento parcial* da placenta, se ellas não são directamente accessiveis, não para favorecer o escoamento das aguas, mas para supprimir não só os repuxamentos produzidos pelas contracções uterinas e pela região fetal, mas tambem o descollamento e a hemorragia.

Deve-se em taes circumstancias applicar, quando



possa ser, uma injeção de 300 a 500 gr. de sôro artificial, antes de qualquer intervenção.

Se durante o trabalho, provocado ou natural, apesar da ruptura, o sangue continúa a correr, não é o repuxamento do chorion adherente á caduca que é a causa, mas o descollamento directo por pressão e a ruptura é impotente por si só. É preciso então, não estando a cabeça encravada, procurar um pé e abaixa-lo, fazer a versão por manobras combinadas e considerar este abaixamento do pé, como tampão e como agente de tracção.

Quando durante a gravidez ou o trabalho, o sangue continuando a correr, a dilatação se não faz, é preciso apressa-la pelo balão de Champetier de Ribes ou pelo dilatador de Tarnier, até que se possa intervir.

Na inserção viciosa e principalmente na placenta *prævia* central, *nunca* se deve empregar o chloroformio.

A dequitação pôde fazer-se naturalmente, e n'este caso não se deve exercer tracções sobre o cordão, mas algumas vezes é necessario fazê-la artificialmente, e então é preferivel o methodo de expressão, que evita a retenção das membranas.

Depois d'esta torna-se necessario fazer irrigações abundantes e quentes d'agua fervida, e em seguida um tampão vaginal ou mesmo *intra-uterino*, caso a hemorragia continue.

Á doente, depois de se ter deitado horisontalmente no decubito dorsal com a cabeça baixa e a

pelve um pouco levantada, serão collocadas botijas d'agua quente em volta das pernas, administradas injeções de sôro physiologico, de ether, de cafeina, e mesmo de ergotina se fôr preciso. Dar-se-ha de beber se tiver sêde, e tambem algumas colhéres de bebidas alcoolicas, como o vinho do Porto, o champagne, etc.

Finalmente, a mulher deve estar o mais immovel possivel e ter o maior silencio em volta d'ella.



## Observação

R. M., de 29 annos d'idade, solteira, serviçal, natural da freguezia de Amorim, concelho de Barcellos e residente no Porto, entrou para a enfermaria n.º 12 (obstetricia) do Hospital Geral de Santo Antonio no dia 12 de fevereiro de 1906, pelas cinco horas da tarde, com as dôres da maternidade.

Interrogando-a soubemos, que a parturiente teve, anteriormente a este, dois partos normaes, e tambem que no dia 28 de janeiro, isto é, quinze dias antes de dar entrada no Hospital, uma hemorrhagia que parou espontaneamente.

Sendo examinada no dia 13 observou-se, que a gravidez era de termo, que o feto se encontrava acima do estreito superior, que o trabalho não tinha principiado, e que a apresentação era de vertice.

N'este mesmo dia pelas sete horas da noite sobreveio-lhe uma segunda hemorrhagia bastante abundante; a qual só terminou depois de se lhe ter dado uma irrigação quente e feito um tampão vaginal.

Como no dia 14, examinando novamente a doente, se observasse que havia transsudação sanguinea e que a inserção da placenta era central, decidimos a fazer a intervenção.

Levada a doente para a mesa de operações, e feita a asepsia da região, tentou-se fazer a dilatação do collo mas, como a hemorragia se manifestasse de novo e fosse abundante, o Ex.<sup>mo</sup> Snr. Dr. Candido Pinho, resolveu intervir rapidamente, descollando a placenta, rompendo as membranas, fazendo a versão podalica e, considerando o abaixamento do pé como agente de tracção, o feto foi extrahido em pouco tempo, e sem vida, como se tinha diagnosticado.

Continuando ainda a hemorragia, foi feita a dequitação artificial pelo methodo de expressão e, depois d'uma irrigação intra-uterina, quente e abundante, collocou-se um tampão vaginal.

Passados vinte minutos, estando a doente já na cama, sobreveio uma nova hemorragia muito abundante.

Apesar de se empregar um novo tampão, injeções de sôro physiologico, de ether, de cafeina e de ergotina, a mulher falleceu pelas 3 horas da tarde d'esse dia.

A autopsia confirmou o diagnostico de inserção viciosa central.



## PROPOSIÇÕES

**Anatomia.**—A parotida accessoria é um lobulo accessorio da parotida.

**Histologia.**—O sangue é materia prima dos tecidos.

**Anatomia topographica.**—Sob o ponto de vista cirurgico a loja temporal e a fossa zigomatica formam uma só região.

**Physiologia.**—As qualidades da alimentação influem na producção do calor animal.

**Pathologia geral.**—A miseria é a sala de jantar dos agentes pathogenicos.

**Anatomia pathologica.**—A suppuração é uma complicação da inflammação.

**Pathologia externa.**—Os sanatorios maritimos substituem muitas vezes o bisturi.

**Materia medica.**—Na inserção viciosa da placenta prefiro o methodo de Pinard.

**Operações.**—Toda a operação é boa comquanto seja indicada.

**Hygiene.**—Condemno as «ilhas» como anti-hygienicas.

**Pathologia interna.**—A albuminuria nem sempre denuncia um processo morbido.

**Obstetricia.**—A pratica faz o parteiro.

**Medicina legal.**—A cadeia não serve para corrigir.

---

Visto.

Carlos Lima,  
Presidente.

Póde imprimir-se.

Moraes Caldas,  
Director.